Anlagen: [ ]  Patientenverfügung [ ]  Vorsorgevollmacht [ ]  Medikamentenblatt [ ]  Arztbrief [ ]  Spritzenschema

[ ]  Wunddokumentation [ ]  Lagerungsplan [ ]  Ernährungsplan [ ]  Sondenplan [ ]  MRSA-Bogen

Weitere:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  |  | 4. Erschwernisfaktoren und Risiken: |
| Straße: |  |  | [ ]  Kontrakturen [ ]  hochgradige Spastik  |
| PLZ, Ort: |  |  | [ ]  Hemiplegien / Parese |
| Telefon: | Geburtsdatum: |  | [ ]  einschießende, unkontrollierte Bewegungen |
| Krankenkasse: |  |  | [ ]  Adipositas [ ]  eingeschränkte Belastbarkeit |
|  |  |  | [ ]  eingeschränkte Sinneswahrnehmung |
|  |  |  | [ ]  therapieresistente Schmerzen |
|  |  |  | [ ]  Reizbarkeit |
|  |  |  | [ ]  Sonstiges: |
| [ ]  Pflegestufe beantragt, wann: | Versichertennummer: |  |  |
|  [ ]  Eilverfahren |  |  |  |
| [ ]  Leistungen wg. eingeschränkter Alltagskompetenz |  |  |
| Pflegestufe bewilligt, welche: |  |  |
| Konfession: | Sprache der Verständigung: |  |  |
|  |  |  |  |
| Haustürschlüssel bei: | [ ]  lebt allein |  |  |
|  |  |  |  |
| [ ]  SAPV |  |  |  |
| Ansprechpartner, Name (n): |  |  |  |
|  |  |  | 5. Hautzustand. Intakt: [ ]  ja [ ]  nein Anzahl Wunden: |
|  |  |  | s. Wunddokumentation |
|  |  |  |  |
| [ ]  Angehörige [ ]  gesetzl. Betreuer [ ]  Bezugsperson [ ]  Vollmacht |  | 6. Kommunizieren: |
|  |  | Störungen: [ ]  nein [ ]  ja [ ]  Logopädie |
| Tel.: | Mobil: |  | Einschränkungen beim |
| E-Mail: |  |  | [ ]  Sprechen [ ]  Verstehen [ ]  Hören [ ]  Schreiben [ ]  Lesen |
|  |  |  |  |
| Pflegeübernahme, Angehörige: [ ]  ja [ ]  nein [ ]  siehe Pflegehinweis |  |
|  |  |  | 7. Sich bewegen: [ ]  KG |
|  |  |  |  Hilfebedarf: | S | A | B | U | tÜ | vÜ |
| Hausarzt: | Tel.: |  | Treppensteigen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | Gehen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | Sitzen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| 1.Bekannte pflegerelevante Diagnosen, Allergien /Unverträglichkeiten: |  | Transferieren | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | Bewegen im Bett | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | Pflegehinweise: |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Besonderes: |  |  |  |
| [ ]  Port [ ]  Portnadel gelegt am …… …. [ ]  Shunt [ ]  Schrittmacher [ ]  Dauerkatheter [ ]  SPF/SPK [ ]  Stoma [ ]  PEG – Sonde |  |  |
| [ ]  Marcumar [ ]  insulinpflichtiger Diabetes [ ]  MRSA [ ] MRGN  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| [ ]  CDT [ ]  sonstige: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| [ ]  Abusus: |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Zuletzt gegebene Medikamente / Injektionen: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| [ ]  siehe Medikamentenblatt [ ]  Arztbrief [ ]  Pflegehinweise |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 3. Hilfsmitel: | vorhanden | benötigt | bestellt |  |  |
| Antidekubitusmatratze/Krankenbett | [ ]  / [ ]  | [ ]  / [ ]  | [ ]  / [ ]  |  |  |
| Badewannenlifter / Toilettenstuhl  | [ ]  / [ ]  | [ ]  / [ ]  | [ ]  / [ ]  |  |  |
| Rollstuhl / Rollator | [ ]  / [ ]  | [ ]  / [ ]  | [ ]  / [ ]  |  |  |
| Inkontinenzmaterial/ Stomaversorgung | [ ]  / [ ]  | [ ]  / [ ]  | [ ]  / [ ]  |  | Legende: Bitte den notwendigen Hilfebedarf einschätzen:(S) = selbständig, (A) = anleiten: verbal anleiten und auffordern (B) = beaufsichtigen, d.h. z.B. erinnern und kontrollieren, (U)= unterstützen, d.h. bereitstellen, nachbereiten (tÜ)= teilweise übernehmen, d.h. weitgehende Hilfestellungen in der Pflege (vÜ)= vollständige Übernahme |
| Sauerstoffgerät / Inhalator | [ ]  / [ ]  | [ ]  / [ ]  | [ ]  / [ ]  |  |
| BZ – Gerät / Blutdruckgerät | [ ]  / [ ]  | [ ]  / [ ]  | [ ]  / [ ]  |  |
| [ ]  Brille [ ]  Hörgerät [ ]  li. [ ]  re. | [ ]  / [ ]  | [ ]  / [ ]  | [ ]  / [ ]  |  |
| Notrufsystem | [ ]   | [ ]  | [ ]  |  |
| Zahnprothese [ ]  oben [ ]  unten |  |  |  |  |
| weitere Prothesen: |  |  |  |  |
| Sonstige: |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| 8. Vitale Funktionen: | [ ]  Atemwegserkrankungen: |
| [ ]  Tracheostoma | [ ] Schlafapnoe |  |
|  [ ]  Stabil | [ ]  Trachealkanüle [ ]  Sprechkanüle  | Größe: Modell: |
|  [ ]  Dilatativ [ ]  Home-Care-Beratung: | [ ]  Sauerstoffpflichtig  | [ ]  Sonstiges: |
|  |  |  |
| 9. Sich pflegen, sich kleiden: | Hilfebedarf: | Pflegehinweis | Pflegehinweise: |
|  | S | A | B | U | tÜ | vÜ  | Hautpflege mit: | Evtl. Fußnoten zu den bisherigen Punkten |
| Duschen/Baden  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Intimpflege | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Waschen (OK) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Waschen (UK) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Haarpflege | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Rasieren  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Fußpflege | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Handpflege | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| An - / Auskleiden (OK) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| An - / Auskleiden (UK) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Besondere Wünsche: | Versorgung durch | [ ]  Frau [ ]  Mann |  |
|  |  |  |
| 10. Essen und trinken: | Hilfebedarf |  |
|  | S | A | B | U | tÜ | vÜ  | [ ]  Diät BMI: |  |
| Essen  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Einfuhr-  |  |
| Trinken | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | beschränkung: |  |
| Essen sicher gestellt durch  | [ ]  Essen auf Rädern [ ]  weitere |  |
| [ ]  Kauprobleme [ ]  Schmerzen im Mund [ ]  Schluckprobleme [ ]  Übelkeit |  |
| [ ]  Erbrechen [ ]  Durstgefühl eingeschränkt  |  |
| [ ]  Vorlieben: [ ]  Abneigungen:  |  |
| [ ]  Inappetenz:  |  |
| [ ]  enterale [ ]  parenterale Ernährung |  |
| [ ]  Sondennahrung, welche: |  |
| [ ]  Kostform/ Diät: |  |
|  [ ]  Diabetes |  |
|  |  |
|  |  |
| 11. Ausscheiden: |  |
|  | S | A | B | U | tÜ | vÜ  |  |  |
| Hygienische Nachsorge  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| Richten der Kleidung | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |  |
| [ ]  Stuhlinkontinenz |  |
| [ ]  Harninkontinenz |  |
| [ ]  Inkontinenzmaterial, tags: nachts: |  |
| [ ]  Diarrhoe [ ]  Obstipation, letzter Stuhlgang am: |  |
| [ ]  DK, letzter Wechsel: Ch.: |  |
| [ ]  Basisplatte, letzter Wechsel |  |
| [ ]  Art des Stomas: |  |
| [ ]  Stomaversorgung: |  |
| [ ]  Stomaberatung: |  |
|  | Erstellt am: Von: |
| 12. Ruhen und Schlafen: |  |
| [ ]  Schlafstörungen [ ]  Tag- / Nachtumkehr |  |
| [ ]  Schlafgewohnheiten: |  |
|  | (Stempel) |
| 13. Für Sicherheit sorgen: |  |
| Herr / Frau ist … | ja | nein | Wenn nein: |  |  |  |
| risikobewusst | [ ]  | [ ]  | [ ]  Sturzgefahr | [ ] Selbstgefährd. | [ ] Fremdgefährd. |  |
| ansprechbar | [ ]  | [ ]  | [ ]  Verwirrtheit |  |  |
| orientiert | [ ]  | [ ]  | Störung:  |  |  | Rücksprache möglich unter Tel.: |
|  |  |  | [ ]  zeitlich | [ ]  örtlich | [ ]  zur Person |  |
|  |  |  | [ ]  zur Situation [ ]  Hinlauftendenz |  |
| emotional stabil | [ ]  | [ ]  | [ ]  Ängste | [ ]  Unruhezustände | Dokument online im Internet: http://www.kreis-oh.de/Soziales&Gesundheit/ Gesundheitsamt/MRE-Netzwerk |
|  |  |  |  | [ ]  depressive Verstimmung |
| Bett-Seitensicherung | [ ]  | [ ]  | [ ]  eigener Wunsch | [ ]  Teil-Seitensicherung |
|  |  |  | [ ]  Fixierungsbeschluss |  |
| Hinweise: |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |